

精神障害者の家族政策に関する一考察

——保護者制度の変遷を手がかりに

塩 満 卓

〔 要 旨 〕

本稿の目的は、精神障害者対策を図るうえで、家族がどのように位置づけられてきたのか。保護者制度の源泉も辿りつつ、今日までの歴史的経緯を明らかにし、精神障害者家族に対する制度上の課題を言及していくことである。

研究の結果、江戸時代後期には、「精神病者監護法」の私宅監置や家族の個別責任化という処遇や思想の原形が明文化・制度化されていた。そして、明治後期以降の精神障害者家族は、治安対策上、無償で機能する法の執行者として、さらには疾病管理から日常生活支援に至るまでのケアラーとして位置づけられ続けた。2013年の精神保健福祉法改正で「保護者制度」は廃止されたものの、医療保護入院の契約者は「保護者」が「家族」に変更されたに過ぎず、実態はこれまでと変わっていない。今後の精神障害者対策は、家族介護を前提としない「脱家族」の制度設計を目指し、家族介護に代わる公共的支援を量的にも質的にも拡充していく必要があることを指摘した。

キーワード：保護（義務）者制度 精神障害者家族 残余的福祉モデル 脱家族 家族介護

はじめに — 研究の動機及び目的 —

精神障害者の家族は、いつまで親業を続けなければならないのだろうか。筆者は、ソーシャルワーカーとして駆け出しの頃、社会的入院から自宅へ退院となった40代後半のa氏の自死事件に遭遇した。a氏は、悪化していた家族関係のため外泊さえまならなかった。退院時、かつてa氏が使っていた部屋は、甥と姪の部屋となっていた。入院時とは異なる構成メンバーの家族のもとへ外出や外泊の練習もなく、診療報酬の見直しによる長期入院患者の医学管理料の引き下げということだけを背景に、病院都合で退院させられ、自死を遂げた。法的に保護義務者に課せられていた「引き取り義務」を根拠とした社会的入院患者への退院処遇である。

また、勤務していた保健所及び精神保健福祉センターで、精神障害者家族を対象とした「家族教室」、そして地域精神障害者家族会の育成支援にも携わってきた。そこでの主要なプログラムのひとつに「心理・社会的教育プログラム」がある。このプログラムには、功罪両面がある。功でいえば、同居家族への疾病教育を行い、対処行動を変容させていくことで、家庭内における患者・家族関係の改善に寄与するものである。一方、罪の面として、暗黙裏に家族との同居の継続を前提として行われるものであり、結果として「ケアラーとしての家族支援」を要

請するものである。これは、今振り返れば「親によるやさしい監視のまなざしは、障害者の自立を阻害する」¹⁾という言説を確認していく実践であったということもできる。

「監督者としての家族」を制度として位置づけ、「ケアラーとしての家族支援」を実践し続けることは、「家族の囲い込み」をもたらし、障害者が社会生活を営む機会を奪うことにつながる。とりわけ、制度設計上、病状が不安定であったり、障害が重度であったりする場合、家族に対する役割期待はより高くなる。換言すれば、疾病や障害が重篤なほど、親は「監視者役割」や「ケアラー役割」から逃れられないのである。

このように精神障害者支援体系の要として機能してきた保護者制度であるが、2013年6月に「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」は改正され、保護者制度は廃止となった。2014年1月の障害者権利条約批准に向けた国内法整備の一環²⁾として行われたものである。

2010年12月の障がい者制度改革推進会議「障害者制度改革のための基本的な方向（第二次意見）」では、「保護者制度は抜本的に見直し、廃止し、公的機関がその役割を担える仕組みを構築すべき」³⁾と記された。2010年3月に公表された障がい者制度改革推進会議メンバーに対して実施した「精神障害者に対する強制入院についてのアンケート」⁴⁾のなかで、北野誠一委員は、保護者制度の持つ問題を家族の監督責任だけでなく、以下のように退院の要件のひとつにもなっていることを指摘し、保護者制度が孕む課題を端的に述べている。

そもそも「保護者」なる規定がおかしい。この「保護者」規定のために、精神障害者の家族は塗炭の苦しみを味わってきた。何ら地域生活支援のない中で、家族だけが精神障害者の支援の全責任と全実態を担わされ続けたのである。一方、精神障害者自身もいったん入院すれば、基本的に「保護者」という名の家族の存在や同意がなければ、シャバに帰れないという不幸をこの制度は生み出したと言えよう。

本研究では、精神障害者家族が政策上どう位置づけられてきたのか、その源泉から現在までの変遷を問うこととしたい。そのうえで、保護者である家族と精神病（障害）当事者との関係性を考察し、わが国における精神病（障害）者家族に対する制度上の課題を明らかにすることを目的とする。

第1章 江戸時代後期から昭和初期の精神病者への処遇と家族の位置

本章では、江戸時代後期、明治初期から中期、明治後期から昭和初期、の3つの時期区分に分けて論じることとする。江戸時代後期には、精神病を診断する医師が存在したこと、保護者制度の源泉もそこにみられたことから江戸時代後期を研究の起点とした。

(1) 江戸時代後期における精神病者の処遇と家族の位置

江戸時代後期には、心身喪失状態を「乱心」と標記するのが一般的であった。江戸時代のはじめの公文書では「気違」が使われ、それ以後は「乱気」、そして「乱心」へと公文書標記は

変わっていった（板原、桑原 2000）。

江戸時代から、手に負えなくなった乱心者を収容するための木造の座敷牢があった。指籠^{さしこ}と呼ばれた。指籠入れの手続きは、この時代にすでに明文化・制度化されており、みだりに乱心者を指籠に収容することはできなかった。「江戸時代、精神障害者を勝手に縛ったり座敷牢のような所に入れたのだろう、という一般の想像はまったくの誤り」（昼田 1985）なのである。

江戸時代後期における精神障害者への処遇は「入檻」、「入牢」、「溜預（ためあずけ）」の3つの処遇の形態（板原、桑原 1998）であった。これらの処遇は、社会的に問題を起こすおそれのある者に適用された。いわば、治安対策である。それぞれの処遇の特徴については、以下のとおりである。

①「入檻」

入檻とは、家族あるいは親族に乱心者が出て、家族が処遇に窮した場合、その乱心者を自宅に作った檻に閉じ込める処遇形態のことであり、のちの「私宅監置」につながる形態ともいえる。この処遇を行うには、相続、財産等の問題が出ないよう、親族が一致して願い出ていることを示す「願い書」が必要で、名主が「願い書」を吟味したことを証し、さらに病状を記した「医師の口上書」、乱心者を入れ置く「居宅の檻の絵図面」、これらの書類が必要とされた。これらをもとに役人は「見分」に訪れ、入檻が決定されることとなる。

「入檻」では、医師の口上書が処遇の根拠とされ、「入檻」の対局にある「出檻」もある。「出檻」についても、「乱心快気見分書」により医師の判断が求められた「再入檻」もある。このように、「乱心」が「病気」と見なされ、医師の診断により、隔離や隔離の解除を決めていたことをうかがい知ることができる。

②「入牢」

入牢とは、家族、家主、五人組等の「入牢願」により、「乱心者」を牢獄に監禁するものである。主要な刑罰が死刑と追放刑しかなかったこの時代の「牢」は、現代の刑務所とは異なり、未決囚を入れ置くところである。その「牢」への「入牢」を「乱心」で私宅での監督ができない、あるいはできなくなった場合に、願い出た。医師の診断が要件とはなっておらず、「乱心者」の処遇に関しては、「入牢」の方が一般的であった。牢では手のかかる乱心者は手鎖で抑制されていた。牢には、溜のような仕切圏はないことから、牢で手に余ると溜に預けた。入牢の必要がなくなれば、「出牢手形」という指令を受けて、引き取り人を定めて出牢させた。乱心者が放火、殺人などの犯罪をおこしたときは、家族がその咎を受けるため、それをさせないために入牢させていた（岡田 2002）。

入檻と入牢の対象者は異なっていた。入檻は、懲戒に馴染まない尊属である家督相続人が対象であり、入牢は、乱心者の問題行動に対する懲戒的意味で行われ、子弟が対象であった（板原 2013）。

③「溜預（ためあずけ）」

溜預けとは、行路病者、病因、幼年の囚人等を收容し、非人頭に管理させた「溜」という施設に「乱心者」を收容させていた。ただ、通常の收容者たちと同じ場所ではなく、仕切園のある限定された場所で「乱心者」たちは收容されていた。「入檻」や「入牢」との違いは、名主、家主、家族、五人組等の連名による「願い書」を不要とした。收容者は、都市に流入した「欠落者」のうち発病し「乱心者」となった者や入牢している「乱心者」で病状悪化した者である。彼らは、奉行所から收容を命ぜられることから「預かりもの」とか「お預」と呼ばれた。

代表的な「溜」には、江戸の浅草溜、品川溜、京都悲田院、大坂の高原溜、長崎、金沢等がある。

④小括

江戸時代後期の精神病者対策は、治安対策であった。しかしながらそこには、精神病、即ち「乱心」を疾病とみなし、それを診る医師が存在していた。先行研究から見えてくる医師には、「入檻」や「出檻」、「出牢」という「乱心者」の隔離や隔離の解除に関する裁量権が付与され、治安対策のゲートキーパーとしての役割を担っていた。

また、精神病者の家族は、「入檻の願い書」や「入牢願」にみられるように、「入檻」、「入牢」といった行政処分の発議者であり、それを怠り事件が発生すると、その咎を責められた。これらのことは、「隔離させる（治療を受けさせる）義務」、「自傷他害監督防止義務」、「財産の保護義務」といった「保護者制度」の源流と考えられるものが江戸時代後期には制度化されていたことの証左である。相互監視的役割を担わされていた庄屋や五人組等の隣保組織も、「乱心者」発生の告発者や管理者として機能し、それを怠り、事件が発生すると謹慎刑等の処分が課された（昼田 1985）。さらに、「出檻」や「出牢」といった行政処分解除に際しては、互恵的な支援者役割をも担わされていた。このように江戸時代後期は、治安対策の担い手として家族に個別責任を課し、隣保組織にも監視役割と支援者役割を課していたのである。

(2) 明治初期から中期における精神病者の処遇と家族の位置

明治初期には、「乱心者」にかわり「狂癲人」や「瘋癲人」⁵⁾という言葉が使われ始めている。狂は精神病（精神分裂病）を意味し、癲はてんかんを意味している。

行政が成立する要件は、法制度の整備、執行機関の設置と人の配置、財政的裏付け、の3つである。いわゆるモノ、ヒト、カネである。この要件からいえば、わが国の精神保健福祉行政の出発点は、1900（明治33）年公布の「精神病者監護法」である。

しかし、初期の行政面での精神衛生関係法規として、表1の4つをあげることができる。これらの施策が「精神病者監護法」の骨格を形成している。

わが国における衛生行政は、1874（明治7）年に医制76条が東京、京都、大阪の3府に達せられ近代衛生行政が始まった。1875（明治8）年に衛生行政は文部省から内務省に移管さ

表1 精神病患者監護法までの主な精神衛生法規

| 年 | 法規名 | 条文 |
|-------------|---------------|--|
| 1872（明治5）年 | 東京番人規則第廿九条 | 路上狂癲人あれば、之を取押へ警部の指揮を受く |
| 1874（明治7）年 | 警視庁布達規第七十二号 | 狂病を發し候者と見定め候はば、其家族に於いて嚴重監督致すべく候 |
| 1874（明治7）年 | 行政警察規則第十八条 | 路上狂癲人あれば、穩に之を介抱し、其暴動する者は取押へ、其地の戸長に引渡すべし |
| 1878（明治11）年 | 内務省警視局布達甲第三八号 | 瘋癲人の看護および不良子弟等を教戒のため止むを得ず自宅に鎖錮する場合、瘋癲人は医師の診断書を添えて親族が連印して願ひ出る |

出所：岡田靖雄（2002）『日本精神科医療史』医学書院、橋本明（2011）『精神病患者と私宅監置』六花出版を参考に筆者作成

れ、医学教育から分離された医療行政と衛生行政は、1938（昭和13）年の厚生省設置まで、内務省管轄下にあった。

この行政体系の成立にみるように、精神病患者対策の第一線機関は警察であった。また、1874（明治7）年の「警視庁布達規第七十二号」は、精神病患者の監督は家族にあることを明文化した。さらに1880（明治13）年の旧刑法第4編の「違警罪第426条」には、「監置に係る精神病患者の監護を怠り屋外に徘徊せしめたる者」は処罰されることとなった。また、1878（明治11）年の「内務省警視局布達甲第三八号」で「鎖錮（さっこ）」が規定された。江戸後期に見られた「入檻」が「鎖錮」となったのである。江戸時代の入檻とは異なり、明治の鎖錮は、その対象は家督相続人や尊属に限定されなくなってきた（橋本2012:19）。この「鎖錮」処分が後の精神病患者監護法の「私宅監置」につながる。精神病患者家族は、「国家の支配構造の最末端の担い手として、社会の治安・秩序維持をはかる機構」（石原1988）として、政府の権威を代行することを始めたのである。

精神病患者対策という視点からすれば、明治の初めに存在していた「溜」が、1872（明治5）年設立の養育院に引き継がれた。養育院は、ロシア皇帝の東京入りに合わせて設立され、市中の「浮浪者」が刈り込まれた。この養育院に1875（明治8）年に東京府からの要請で施設内に「狂人室」が設置された。多く収容されるようになった瘋癲人の「狂人室」が独立し、1879（明治12）年に東京府癲狂院（都立松沢病院の前身）が設立されることとなったのである。

（3）明治後期から昭和初期における精神病患者の処遇と家族の位置

精神病患者監護法立法の背景について、岡田靖雄（2002:134-138）は、相馬事件と不平等条約改正の2つをあげている。相馬事件により国際的に精神障害者への無法状態・精神病患者の不法監禁処遇が国際的批判に晒されることとなり、不平等条約改正のための国内法整備の一環として、立法に至ったというものである。法の当初原案は「瘋癲人監護法案」であり、次に「瘋癲病患者監護法案」となり、「精神病患者監護法案」となった。このような経緯を経て、精神病患者に対する最初の国家レベルの法律「精神病患者監護法」は成立した。

なぜ、「監護」となったのか。宇都宮みのり（2010:64-77）は、以下のように説明している。

「監禁」は犯罪者を監獄に入れること。この法律には治療の視点がなく、「保護」とまでは言い切れない。この「監禁」と「保護」というふたつの言葉の間をとって「監護」が選ばれたのである。「監置」も「監護」と同義語である。また、「監護」の意味するところについても、「①民法の療養看護、②入院・私宅監置、③社会へ及ぼす危害を防ぐ」⁶⁾の3点をあげている。

精神病患者監護法の内実は、「私宅監置の手続き法」である。前時代の「鎖鋼」は「私宅での監禁」を意味したが、精神病患者監護法での「監置」は、私宅以外の病院も含まれた。

精神病患者監護法及び法施行規則から、その特徴を以下2点に要約することができる。ひとつは、被監護人（＝精神病患者）の監護義務を家族に課したことである。家族は「監護義務者」とされ、先述した①民法の療養看護、②入院・私宅監置、③社会へ及ぼす危害を防ぐ、の3つの義務の他、監護に要する費用の負担義務も課された。身寄りの無い者は市区町村長が監護義務者となった。ふたつめは、精神病患者に対する処遇、即ち「監置」及び「監置の解除」に関する許認可権限を警察としたことである。精神病患者施行規則第六条では、「監置」の必要が無い患者についても、警察に届出することとなっている。また、この時代、橋本（2011）によると、千葉県の「精神病患者監護法施行心得（訓令第七七号）」のように、ほとんどの道府県において規則が定められており、警察署が未監置患者も台帳で把握し管理していた。

宇都宮（2012:75）は監護法について、「監護法は、家族の全面的負担を前提として成立した。家族に対する法的手だてがないまま、家族は行政警察による監視を受けることになり、精神病患者は家族による監護、警察による監視を受けるべき異質の存在としての認識下におかれた」と述べている。

つまり、わが国における精神病患者対策は治安対策として始まり、家族は、警察行政の管理下で、無償で機能する最も重要な執行者として位置づけられたのである。

「精神病患者監護法」施行後、呉らが行った私宅監置の実態調査⁷⁾を契機に、精神病患者の処遇状況が白日のものとなり、1919（大正8）年に「精神病院法」が制定された。精神病院法は、国家責任を明らかにし、都道府県が精神病院を設置する義務を定めたものの、都道府県立精神病院に代わる代用病院制度を創設し、病院建設は進まなかった。「精神病患者監護法」も存続させたことから、私宅監置は精神衛生法施行まで続いた。正確には、経過措置により昭和40年の精神衛生法一部改正まで続くこととなる。

表2のように、精神病患者全体のなかで、監置を要しない精神病患者はどの年度も80%前後で推移している。また、監置されている精神病患者全体のなかで、私宅に監置されている者の実人数と比率の経年変化をみていくと、実人数は、明治の終わりに比べ昭和10年には、約2.5倍となっている。しかしながら、精神病院に監置されている精神病患者数とその他公私立病院に監置されている精神病患者数は、約5倍である。漸次増加していった精神病院であるが、小泉博明（2008:98）は当時の精神病院について以下のように論じている。慢性的な職員不足であり、少ない職員で入院患者を管理するため、医師は回診をせず、看護人は紡績女工を下回る賃金で

表2 精神病患者収容監置調

| 西暦 | 元号 | 精神病院法による監置 | | 精神病患者監護法による監置 | | 一時 仮監置者 (e) | 監置を要せ ざる者(f) | 精神病 者全体 数 (g) |
|------|-------|--|--|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------|-----------------|---------------------|
| | | 精神病院法 による精神 病院に収容 したる者 (a) | 精神病院法 による代用 病院に収容 したる者 (b) | その他の 公私立病 院に監置 したる者 (c) | その他の場所 (私宅)に監 置したる者 (d) | | | |
| 1909 | 明治42年 | — | — | … | … | … | 22,406(99.2) | 22,592 |
| 1910 | 明治43年 | — | — | … | … | … | 22,888(80.9) | 28,285 |
| 1911 | 明治44年 | — | — | 3,593 | | 90 | 25,439(87.4) | 29,122 |
| 1912 | 明治45年 | — | — | 2,094 | 3,828(63.7) | 91 | 26,951(81.8) | 32,964 |
| 1913 | 大正2年 | — | — | 2,421 | 3,971(61.4) | 81 | 29,254(81.9) | 35,727 |
| 1914 | 大正3年 | — | — | 2,669 | 4,126(59.4) | 150 | 30,376(81.4) | 37,321 |
| 1915 | 大正4年 | — | — | 2,692 | 4,394(61.3) | 86 | 34,748(82.9) | 41,920 |
| 1916 | 大正5年 | — | — | 2,902 | 4,463(59.7) | 108 | 36,752(83.1) | 44,225 |
| 1917 | 大正6年 | — | — | 3,006 | 4,439(58.4) | 151 | 40,864(84.3) | 48,463 |
| 1918 | 大正7年 | — | — | 3,099 | 4,350(57.6) | 108 | 41,870(84.7) | 49,427 |
| 1919 | 大正8年 | — | — | 3,137 | 4,174(56.4) | 94 | 41,993(85.0) | 49,398 |
| 1920 | 大正9年 | — | — | 3,222 | 4,322(56.7) | 72 | 41,847(84.6) | 49,463 |
| 1921 | 大正10年 | 714 | 1,495 | 1,685 | 4,414(52.8) | 53 | 42,530(83.6) | 50,891 |
| 1922 | 大正11年 | 698 | 2,168 | 1,825 | 4,444(48.3) | 72 | 42,521(82.2) | 51,728 |
| 1923 | 大正12年 | 749 | 1,673 | 2,094 | 4,562(49.6) | 117 | 43,406(82.5) | 52,601 |
| 1924 | 大正13年 | 756 | 1,627 | 2,411 | 4,814(49.5) | 108 | 44,957(82.2) | 54,673 |
| 1925 | 大正14年 | … | … | … | … | … | … | 50,409 |
| 1926 | 大正15年 | … | … | … | … | … | … | 60,409 |
| 1927 | 昭和2年 | 1,052 | 1,911 | 2,822 | 5,665(49.2) | 61 | 50,856(81.5) | 62,367 |
| 1928 | 昭和3年 | 1,074 | 2,100 | 2,450 | 6,759(54.3) | 91 | 57,079(82.1) | 69,553 |
| 1929 | 昭和4年 | 1,350 | 1,920 | 4,780 | 6,544(44.4) | 161 | 55,245(81.2) | 68,000 |
| 1930 | 昭和5年 | 1,394 | 2,736 | 3,308 | 6,789(47.3) | 136 | 58,802(80.4) | 73,166 |
| 1931 | 昭和6年 | 1,535 | 2,055 | 3,997 | 6,472(45.6) | 136 | 59,536(80.7) | 73,731 |
| 1932 | 昭和7年 | 1,636 | 2,166 | 4,513 | 6,523(43.7) | 83 | 58,619(79.7) | 73,540 |
| 1933 | 昭和8年 | 1,805 | 2,608 | 4,357 | 6,656(42.9) | 94 | 60,519(79.6) | 76,039 |
| 1934 | 昭和9年 | 1,947 | 2,882 | 4,712 | 6,782(41.3) | 116 | 62,696(79.2) | 79,135 |
| 1935 | 昭和10年 | 2,148 | 3,291 | 5,063 | 7,188(40.3) | 151 | 65,524(79.2) | 83,365 |

出所：宇都宮みのり（2011）「大正8年精神病院立法提案とその議論」『金城学院大学論集社会科学編』8（1），6頁 表1 精神病患者収容監置調を転載

定着せず、患者に対する折檻、家族からの差し入れの押領等、処遇上問題が多かった。また、当時の家族の置かれた状況について、橋本明（2010：45-46）は、以下のように述べている。

戦前の精神病院での処遇が不十分なことに由来して、患者の家族からはむしろ私宅監置の方がマシだという主張もあったことを考えると、精神病院と私宅監置とが併存していた時代においては、両者の間には「悪い場所」か「もっと悪い場所」か、という単なる程度の違いしかなかったのだろう。

また、呉秀三・樫田五郎の『精神病患者私宅監置ノ実況及び其統計的観察』をもとに宇都宮（2011：6-8）は私宅監置の状況を以下3点に整理している。

- ①医療は受けていないが警察の臨検は頻繁に受けていること。

②被監置者は、暴行・家財破損、家宅侵入、傷害、放火等の社会的問題を引き起こす精神病患者であること。

③監置せざるを得ない状況に置かれた場合、家族が責任を負わなければならなかったこと。

第2章 戦後「精神衛生法」時代の精神障害者の処遇と家族の位置

1941（昭和16）年の第二次世界大戦開戦時に167あった精神病院は、敗戦時の1945（昭和20）年には32病院へと激減し、病床数も23,958床から3,995床へと減った。1946（昭和21）年11月に日本国憲法が制定され、「イエ」制度は廃止となり、国家が家族秩序を強制しないことを保障した。

1949（昭和24）年に、全国の私立精神病院を構成員とする日本精神病院協会が設立され、新たな精神病患者に対する法制定の機運も高まり、1950（昭和25）年に「精神衛生法」は制定された。これに伴い、「精神病患者監護法」及び「精神病院法」の2つの法律は廃止となった。併せて、精神衛生法施行後1年以内に、私宅監置も廃止となったが、条件付けで私宅監置を認めた。それは、同法第43条（保護拘束）第1項で「精神病院に収容することができないやむを得ない事情があるときは、精神障害者の保護義務者は、都道府県知事の許可を得て、精神病院に入院させるまでの間、精神病院以外の場所で保護拘束をすることができる」としているのである。この規定は、1965（昭和40）年の精神衛生法改正まで続く。「当面入院させることのできない患者を地域社会に放つことを回避しようとした」（橋本2010:46）のである。以下、「精神衛生法」による精神障害者の処遇と家族の位置について、検討を加えてみたい。

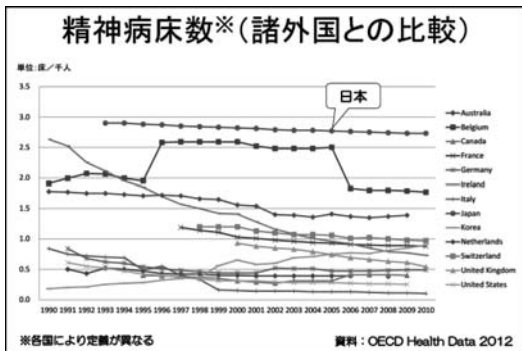
（1）大規模隔離収容型処遇の始まり

精神衛生法は、法制定時の精神障害者のおかれた状況からすると、医療と保護を目的⁸⁾とし、国及び地方公共団体の責務⁹⁾を定め、日本国憲法に沿う内容となっている。しかしながら、その内実とは、家族の同意に基づく「同意入院」と知事命令による「措置入院」という2つの非自発的入院の手続きに条文のほとんどが費やされている。それゆえ、林幸男（1982:131）は、精神衛生法を「精神障害者入院法」と評している。

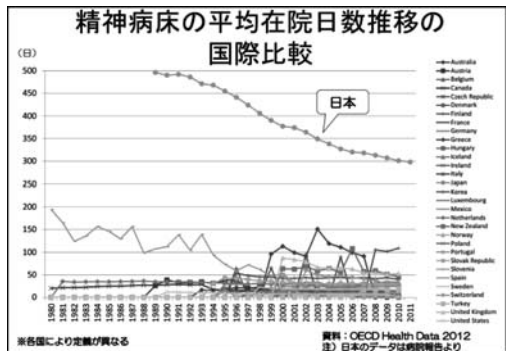
1954（昭和29）年には、公立精神病院だけに適用されていた精神病室設置運営に関する経費の国庫補助制度を私立精神病院へも適用した。1958（昭和33）年には、精神病院の医師は一般病床の1/3、看護師は2/3で良いとする「精神科特例」の厚生省事務次官通知があり、1960（昭和35）年には、私立の病院・診療所等の設立に長期かつ低利の資金で融資する医療金融公庫法が施行された。併せて、措置入院対象の拡大に関する通知¹⁰⁾が相次いでだされた。

つまり、精神病院を（補助金で）「建てやすく」、（人件費がかからず）「運営しやすく」、（公費で）「入院させやすく」した。民間精神病院建設誘導施策である。これらは、法施行時の圧倒的に不足していた病床数を増やしていくことを目指したものであるが、その結果、民間の精

グラフ1 精神病床数国際比較



グラフ2 平均在院日数国際比較



出所: 厚労省「第8回精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会」参考資料より転載

精神病院は乱立し、グラフ1のように世界で最も多い精神病床数と、グラフ2のとおり平均在院日数の最も長い国となった。精神病院入院患者は、長期間入院させられることから経営上「固定資産」と揶揄され、日本医師会会長は少ない人手で経営していることについて「精神病院は牧畜業」¹¹⁾だと批判した。精神衛生法施行により、精神障害者は長期間精神病院に入院させられ続けることとなった。こういった精神病者監護法から精神衛生法への転換を池原毅和(2004:6)は、『治療なき隔離』から『治療つき隔離』への転換に過ぎないと、評している。

ほとんどが公立の精神病院であった欧米各国は、1950年代の向精神病薬の登場により、脱病院化を達成し、地域ケアへと向かう。しかし、わが国は病床数の約9割を民間精神病院が占めるため、病床数削減という行政コントロールが効かず、かつての民間精神病院建設誘導施策は、現在最も大きな精神保健福祉の政策課題となった社会的入院問題を惹起している。

(2) 家族の法的責務の強化

精神病者監護法で監護義務者とされた家族は、精神衛生法では保護義務者と呼称が変わった。精神障害者本人に代わり、精神病院長と治療契約を結ぶ「同意入院」の契約締結者となった。保護義務者は、①治療を受けさせる義務、②自傷他害監督防止義務、③財産の保護義務、④医師への協力義務、⑤医師の指示に従う義務、⑥措置解除者引取義務、の6つの義務を課されることとなったのである。

(3) 医療モデルへの変更と生活の場と化した病院

精神病者監護法から精神衛生法施行により変わったのは、他の身体疾患と同じく「疾患」とみなされるようになったことである。処遇モデルとして、表3のとおり「治安モデル」から「医療モデル」となった(佐藤1982)。

1952年に登場した向精神病薬クロールプロマジン、精神病者との対話を可能とした。そ

表3 「精神病患者」への処遇モデル

| | 誰が [※] (コントロール主体) | いかなる効果をねらって | いかなる通路で | 何について |
|-------|-------------------------------|---------------------------------------|--------------------|-----------------------|
| 治安モデル | 国 イエ | 主として国家の秩序維持 や大衆の安寧を図ること に焦点をあてる | 精神病患者監護法 | 精神病患者の隔離 を図る |
| 医療モデル | 医師・看護師 (CP、PSW、OT等) | 主として精神機能の回復 に焦点をあてる | 精神病院法 精神衛生法 | 精神病患者の治療 を図る(収容治療) |

出所：佐藤豊道（1982）『家族の福祉機能』田村健二・坪上宏・岡上和雄編『精神障害者福祉』相川書房、173、表「病者」に対する処遇モデルを一部筆者修正のうえ転載

のことが、日本以外の先進国では、地域ケアへと脱病院化の端緒となった。しかしながら、日本では、少ない人員で入院患者を拘束する手段としても使われるようになった。社会参加を支える地域資源が無い状況下で、精神障害者もその家族も、「病院か家族か」の2つの選択肢しかなく、退院してもすぐに再入院するという「回転ドア現象」が指摘された（滝沢1997）。入退院を繰り返すことが結果として入院の長期化を生み、病院が治療の場ではなく生活の場と化した。

(4) 昭和40年一部法改正と多発する精神病院における不祥事

1964（昭和39）のライシャワー事件により精神衛生法は一部改正された。この改正では、保護義務者による保護拘束規定が削除され、実質的に私宅監置が廃止された。通院医療費の公費負担制度が創設され、保健所が地域精神衛生の第一線機関と位置づけられた。保健所は、精神病院と地域の双方向の中継点として機能し、そのことを担う職種としてソーシャルワーカー（精神衛生相談員）が配置されることとなった。また、1964（昭和39）年に日本精神医学ソーシャルワーカー協会が設立され、翌1965（昭和40）年には、全国精神障害者家族会連合会（ぜんかれん）が発足した。発足当初のスローガンは、「精神障害者福祉法の制定を！」であった。つまり、精神障害者は医療ニーズだけでなく福祉ニーズをも併せ持つ者である、と対象者像が変容し、運動体として家族会が誕生した。

ライシャワー事件に端を発した「精神病患者野放し論」や保安処分論議が登場する一方で、「クラーク勧告」に代表される日本の精神医療への批判や家族会の「精神障害者福祉法の制定を！」のスローガンにみられる治療対策から福祉対策への転換を迫る声が、せめぎ合うこととなる。そんな中、昭和40年代から度重なる精神病院内での入院患者に対する暴力・横領・違法拘束等の事件が頻発した。1984（昭和59）年の「宇都宮病院事件」は、精神障害者に対する人権問題として国際社会からも批判され、法改正を余儀なくさせられることとなった。

第3章 「精神保健法」及び「精神保健福祉法」における精神障害者の処遇と家族の位置

(1) 保護義務者から保護者への呼称の変更とその内実

「宇都宮病院事件」を契機に1987（昭和62）年に制定された「精神保健法」では、精神障害者の人権擁護と社会復帰の文言が法律に明記された。人権擁護については、本人の意思で入院する「任意入院制度」が創設され、保護義務者の同意による入院は、「同意入院」から「医療保護入院」と呼称が変更された。入院時の権利告知とともに、入院の可否や処遇の妥当性を審査する「精神医療審査会」が創設された。初めて法定の社会復帰施設も明示された。

1993（平成5）年には、「精神保健法」が一部改正され、「障害者基本法」が制定された。一部改正においては、「保護義務者」が「保護者」と呼称が変更され、新たに保護者に「退院時等、精神科病院社会復帰施設へ相談する権利」が付与された。「障害者基本法」の制定により、精神障害者も身体障害者や知的障害者と同様に「障害者」と位置づけられた。

障害者基本法との整合性を図る必要性から1995（平成7）年に「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（略称：精神保健福祉法）」が制定された。全家連発足時のスローガンが30年後に実を結んだのである。精神保健福祉法では、精神障害者保健福祉手帳が創設された。

また、同年12月には、「障害者プラン7か年戦略」が内閣府から出され、社会復帰施設等の数値目標が示された。いわゆる「福祉の計画化」の始まりである。

1999（平成11）年の「精神保健福祉法」一部改正では、「保護者」の保護対象から任意入院患者及び通院患者を除外し、「自傷他害監督防止義務」を削除した。そのうえで、法第34条の「移送」制度が創設され、保護者には同意権が付与された。

(2) 障害者権利条約の批准と保護者制度廃止

障害者権利条約批准に向けて、「障がい者制度改革推進会議」を中心に議論が重ねられた。保護者制度に関連する障害者権利条約のうち代表的なもの2つを以下に記しておく。

障害者権利条約第14条（身体・自由及び安全）は「不法に又は恣意的に自由を奪われないこと、いかなる自由の剥奪も法律に従って行われること及びいかなる場合においても自由の剥奪が障害の存在によって正当化されないこと」（傍点、筆者）を掲げている。先述した障がい者制度改革推進会議メンバーに対して実施した「精神障害者に対する強制入院についてのアンケート」において、この観点から、措置入院、医療保護入院のそれぞれの要件は、「自由のはく奪」の根拠となり得るか。という問いに対して、委員の意見は表4のとおりである。

とりわけ医療保護入院については、「自由のはく奪」の根拠とならないと回答した委員が12人と多数を占めた。関口明彦委員は、「現状の医療保護入院は、保護者制度に基づき基本的に私人である保護者の同意を持って国権の発動を許容しているため、不法である」（傍点、筆者）と回答している。

また、「障害者権利条約の他の者との平等を基礎とする社会的統合の理念からして、精神医

表 4 障害者権利条約 14 条から精神科入院形態別自由の剥奪の根拠の有無

| 入院形態 | 根拠となる | 根拠とならない | 中間意見 |
|--------|-------|---------|------|
| 措置入院 | 4 人 | 8 人 | 1 人 |
| 医療保護入院 | 1 人 | 12 人 | 1 人 |

2010 年 障がい者制度改革推進会議メンバーアンケート結果をもとに筆者作成

表 5 精神保健福祉法の特別な医療体系を見直すべきかどうか

| 見直すべき | 見直し医療法に包摂すべき（再掲） | 見直す必要はない |
|-------|------------------|----------|
| 15 人 | 13 人 | 0 人 |

2010 年 障がい者制度改革推進会議メンバーアンケート結果をもとに筆者作成

療は一般医療法に包摂し、精神保健福祉法という特別な医療体系は見直すべきか」の設問に対して、表 5 のように全員が精神保健福祉法の医療体系を見直すべきと回答している。竹下義樹委員は、「精神的障害のある人に対する医療は、それが精神的病状に対する治療であれ、他の身体的病気に対する治療であれ、同一の体系的位置づけにおいて、あるいは同一の理念に基づくものとして保障されなければならない。それが障害のある人の権利条約が求めている差別禁止の趣旨であり、医療を含めた人権保障の内容である」（傍点、筆者）と回答している。

このような経緯を経て、2013（平成 25）年に精神保健福祉法は改正され、保護者制度は廃止された。しかしながら、非自発的入院である医療保護入院においては、「保護者」が三親等以内の「家族等」に変更されただけで、「家族」が同意権を持つことは変わらない。このことについて、自身「家族」でもある良田（2015）は、以下のように記している。今回の保護者制度の廃止が、「家族」の苦悩を軽減していないことを言い表している。

家族会ではよく、「もう 3 ヶ月になるのでとりあえず退院を」と言われて、まだ家庭で生活するのは大変なのではと思われる状況で自宅に帰され、その対応に苦労しているという話がよく聞かれる。使える資源は訪問看護ぐらいで、とても地域の社会資源を利用できる状態ではなく、日常の世話や症状への対応は家族丸抱えで、試行錯誤するしかないと嘆くばかりである。やがては再入院して同じことを繰り返すのでは、精神障害者本人とっても少しの進歩もなく、家族は疲弊し、本人の入院も長期化する結果になりかねない。家族会みんなの心配である。

良田が書いているように、医療保護入院の同意権や移送の同意権（発議権）は残されたままである。併せて、地域生活支援に係るグループホーム等のケア付き住居が極めて少ないこと、病状悪化時等のアウトリーチ等の制度整備が不十分なままであること等、社会資源が不足しているなかで、かつての「病院か家族か」という選択肢の状況に現在も大きな変化はない。

(3) 生活モデルを経て医療モデルへの回帰

1993（平成 5）年のグループホームの法定事業、1995（平成 7）年施行の精神保健福祉法で

は、法目的に「精神障害者の社会経済活動への参加促進」が謳われ、「障害者プラン」の策定により必要社会資源の行政目標として数値化され、精神保健福祉行政は医療モデルから生活モデルを志向し始めた。これまで「サービスに人を集めていた」ものが「人にサービスを配達する」ことを目指したのである。

しかしながら、その後の支援費制度の導入は財政的破綻をきたし、抑制的な財政出動のなかで、サービス供給量を如何に増やすか。この二律背反の政策課題を達成するために、応益負担と給付管理を政策意図とした「障害者自立支援法」が2005年に成立した。

応益負担は、低所得の障害者にとってサービスの利用抑制を生むと同時に、サービスの利用の適格性を判断するために「障害程度区分認定調査」が実施されることとなった。障害程度区分認定は、人間の機能を細分化し、それを点数化することでコンピューター判定される仕組みである。「人と環境」の全体状況をアセスメントするのではなく、「できないことは何か」に焦点化し、そのできない部分にのみサービスを切り売りするものである。前時代的な機能機能を固定するソーシャルワークの「機能主義」による制度設計であり、生活モデルから医療モデルへの回帰といえる。

第4章 結論 精神障害者家族に対する政策の変遷から見てくるもの

本研究では、わが国における精神病（障害者）者対策における家族の政策的位置づけの変遷を保護者制度に着目しつつ明らかにしてきた。研究の結果、保護者制度の源流は「精神病者監

表6 保護者制度の変遷

| 保護者等の機能 | 名称 | ボリスパワ－的 | バターナリズム的 | 権利抑制／権利擁護的 | アドボカシー的 |
|------------------------|----------------|-----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|---|
| 精神病者監護法 (1900年) | 監護義務者 | ①監置義務 ②監置権限 | | | |
| 精神衛生法 (1950年) | 保護義務者 | ①自傷他害防止監督義務 ②措置解除者引き取り義務 | ①治療を受けさせる義務 ②診断協力義務 ③医師の指示に従う義務 | ①同意入院の同意権 ②精神病院に収容できない場合の保護拘束権 | ①財産上の利益保護義務 |
| 精神保健法改正 (1993年) | 保護者 | ①自傷他害防止監督義務 ②措置解除者引き取り義務 | ①治療を受けさせる義務 ②診断協力義務 ③医師の指示に従う義務 | ①医療保護入院者の同意 | ①財産上の利益保護義務 ②退院時等、精神科病院、社会復帰施設へ相談する権利 |
| 精神保健福祉法 (1999年) | 保護者 | ①措置解除者引き取り義務 | ①治療を受けさせる義務 ②診断協力義務 ③医師の指示に従う義務 | ①医療保護入院者の同意権 ②移送の同意権 | ①財産上の利益保護義務 ②精神医療審査会等への退院請求等申立権 ③退院時等、精神科病院、社会復帰施設へ相談する権利 |
| 精神保健福祉法 一部改正(2013年) | 家族等 (扶養義務者) | | | ①医療保護入院者の同意権 ②移送の同意権 | ①精神医療審査会等への退院請求等申立権 ②退院時等、精神科病院、社会復帰施設へ相談する権利 |

出所：池原毅和（2004）「精神保健福祉法の歴史的変遷と保護者制度」『Review』13(1)，8頁 表1 保護者制度の変遷に加筆

護法」における「監護義務者」ではなく、江戸時代後期に制度化されていたものが、明治時代に引き継がれていたことを明らかにした。

また、表6「保護者制度の変遷」から分かるように、精神病（障害者）者の家族は、治安対策、医療対策といった精神保健福祉行政上、要の執行者として位置づけられていた。最近の精神障害者家族に対する実態調査¹²⁾¹³⁾においても、約8割というほとんどの家族が精神障害者と同居しており、家族は介護負担から自分自身の趣味や仕事をやめ、経済的な問題が生じている。伊藤千尋（2011:177）は、この状況について「家族は自分たちだけで支援や社会的責任を担うことに限界があることを認識しつつ、家族がやらなければ誰も代わることができないという状況を自覚して、乏しい社会資源を補完する役割を担っている」と現状を分析している。わが国の精神病（障害者）者対策は、家族の自助努力を第一に期待する「選別主義的残余型福祉モデル」¹⁴⁾であり続けているといえる。

北欧から始まったノーマライゼーション運動や北米で始まった自立生活運動では、「脱施設」が目標とされていたが、日本の精神障害者対策においては、「脱家族」を含む制度設計にしていける必要がある。このことは、社会が障害者の親に対して「愛情深く、子どもの世話に責任をもち、社会の迷惑にならぬよう子供を監視し続ける親たること」（石川 1995）を暗黙のうちに求めているからであり、そのことが家族の自己実現を阻んでいる。また、こういった社会の障害者の親に対する見方、すなわちドミナントストーリーは、下図のように、「家族が障がい者の人生や生活に影響を与え、障がい者が家族の人生や生活に影響を与える」といった相互規定的な関係にある」（南山 2007）。このような実践課題を政策目標に転換していくために、家族が「介護者にならない選択の自由」を保障し、家族介護に変わる公共的な支援を充実させていく必要がある。つまり、「家族介護者の『負担の極小化』を社会的・政策的に支援する」¹⁵⁾施策の量的・質的拡充が今まさに求められているのである。

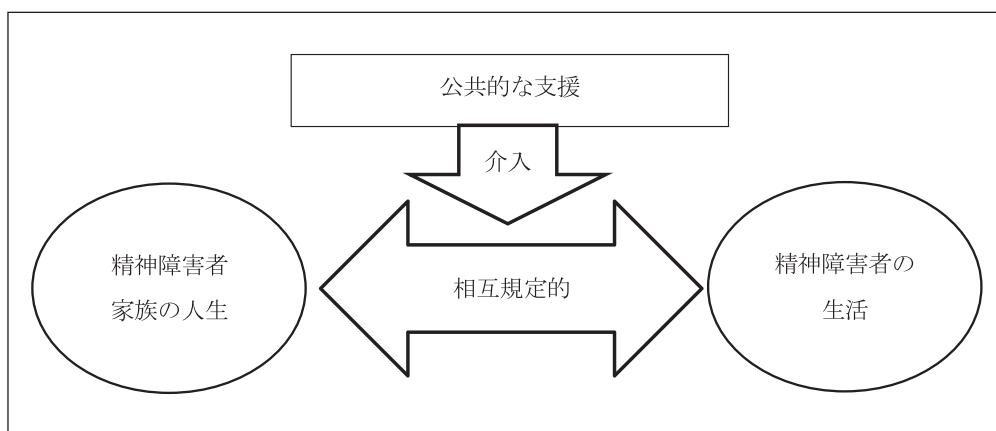


図 精神障害当事者と家族の相互規定的関係と公共的支援 筆者作成

おわりに ―本研究の意義と今後の課題―

本研究の意義は、精神病（障害）者への処遇の変遷に伴い、家族の位置づけがどのように変化してきたのか。保護者制度に焦点化しながら、家族自身も自己実現を図る福祉ニーズを有するもうひとりのクライアントであることを明らかにしたことである。精神障害者の家族に関する研究を多面的に検討するために、制度や社会背景から、援助専門職の家族に対する支援観がどのように醸成され、変容していったのかを今後の研究において、明らかにしていきたいと考えている。

注・引用文献

- 1) 岡原正幸（1995）「制度としての愛情―脱家族とは」, 安積純子, 岡原正幸, 尾中文哉, 立岩真也『生の技法』藤原書店, 75-100
- 2) 障害者権利条約第14条（身体的自由及び安全）は、「不法に又は恣意的に自由を奪われないこと、いかなる自由の剥奪も法律に従って行われること及びいかなる場合においても自由の剥奪が障害の存在によって正当化されないこと」を掲げ、第17条では「障害のあるすべての人は他の者との平等を基礎として、その身体的及び精神的なインテグリティ（不可侵性）を尊重される権利を有する」となっており、第25条では「情報に基づく自由な同意を基礎とした医療」となっている。これらのことを背景に権利条約批准に向けた国内法の整備である。
- 3) 障がい者制度改革推進会議『障害者制度改革推進のための第二次意見』41（2010）
- 4) 第6回（H22.3.30）障がい者制度改革推進会議 資料3
- 5) 橋本明（2011）『精神病患者と私宅監置』六花出版, 18
- 6) 宇都宮みのり（2012）「精神病患者監護法案審議過程における『民法の不備論』の検証」『精神医学史研究』Vol16, No2, 110
- 7) 呉秀三・榎田五郎（1918）『精神病患者私宅監置ノ実況及び其統計的観察』
- 8) （法律の目的）として、第一条 この法律は、精神障害者の医療及び保護を行い、且つ、その発生の予防に努めることによつて、国民の精神的健康の保持及び向上を図ることを目的とする。
- 9) （国及び地方公共団体の義務）として、第二条 国及び地方公共団体は、医療施設、教育施設その他福祉施設を充実することによつて精神障害者が社会生活に適応することができるように努力するとともに、精神衛生に関する知識の普及を図る等精神障害者の発生を予防する施策を講じなければならない。
- 10) 1961年9月11日付厚生省事務次官通達（措置入院に対する国庫負担率を5割から8割に引き上げ）、1961年9月16日付第九次改正に伴う厚生省公衆衛生局長通知（①同意入院を行うことが不可能な場合には最優先的に措置に付すること、②経済的理由から措置を希望している場合には原則として所得の低い階層に属するものを優先すること）
- 11) 1960年11月22日、故武見太郎日本医師会会長の発言。詳しくは、大熊一夫（2009）『精神病院を捨てたイタリア捨てない日本』岩波書店, 249

- 12) 特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会（2010）『精神障害者の自立した地域生活を推進し家族が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援等の在り方に関する調査研究』平成 21 年度家族支援に関する調査研究プロジェクト検討委員会
- 13) 和歌山県精神保健福祉家族会連合会・和歌山市共同作業所連絡会（2012）『和歌山県家族と精神障害者の生活実態調査アンケート集計』和福連
- 14) 要田は、「選別主義的残余型福祉モデル」を「援助の必要な人に援助を提供していくシステム構築ではなく、家族や親族がとことんまで援助を実施し、あるいは民間の福祉を買い、それでもダメなときに国が援助を行う」と説明している。要田洋江（1999）『障害者差別の社会学』岩波書店、209
- 15) 萩原清子（2005）「家族介護者支援と介護者の権利」『関東学院大学文学部紀要』106, 1-23

参考文献

- 橋本明（2010）「精神医療における場所の歴史」橋本明編『治療の場所と精神医療史』日本批評社
- 橋本明（2011）『精神病者と私宅監置』六花出版
- 林幸男（1982）「精神衛生法－その運用と課題」田村健二・坪上宏・岡上和雄編『精神障害者福祉』相川書房、131-141
- 昼田源四郎（1985）『疫病と狐憑き』みすず書房
- 広田伊蘇夫（2004）『立法百年史－精神保健・医療・福祉関連法規の立法史』批評社
- 池原毅和（2004）「精神保健福祉法の歴史的変換と保護者制度」『Review』13(1)、6-9.
- 石原邦雄（1988）「精神障害者と家族の問題」岡上和雄／大島巖／新井元傳編『日本の精神障害者－その生活と家族－』
- 石川准（1995）「障害児の親と新しい『親性』の誕生」井上眞理子・大村英昭編『ファミリーズムの再発見』世界思想社、25-59
- 板原和子、桑原治雄（1998）「江戸時代後期における精神障害者の処遇（1）」『社会問題研究』48(1)、大阪府立大学社会福祉学部、41-59
- 板原和子、桑原治雄（1999）「江戸時代後期における精神障害者の処遇（2）」『社会問題研究』49(1)、大阪府立大学社会福祉学部、93-111
- 板原和子、桑原治雄（2000）「江戸時代後期における精神障害者の処遇（3）」『社会問題研究』49(2)、大阪府立大学社会福祉学部、183-200
- 板原和子、桑原治雄（2000）「江戸時代後期における精神障害者の処遇（4）」『社会問題研究』50(1)、大阪府立大学社会福祉学部、74-94
- 板原和子、桑原治雄（2001）「江戸時代後期における精神障害者の処遇（5）」『社会問題研究』50(2)、大阪府立大学社会福祉学部、1-45
- 板原和子（2013）「江戸時代後期の精神障害者の処遇はどのように推移したのか」『大阪体育大学健康福祉学部研究紀要』（10）

- 伊藤千尋（2011）「精神障がい者家族（会）が求める家族支援に関する研究」『現代福祉研究』11，法政大学現代福祉学部現代福祉研究編集委員会，177-190
- 岩尾俊一郎（2012）「保護者制度廃止までに考えておくべきこと」『精神神経学雑誌』114(4)，日本精神神経学会，415-420
- 小泉博明（2009）「斎藤茂吉と呉秀三」『日本大学大学院総合社会情報研究科紀要』9
- 南山浩二（2007）「精神障がい者家族と社会的排除」『家族社会学研究』18(2)，日本家族社会学会，26
- 岡田靖雄（2002）『日本精神科医療史』医学書院，
- 大熊一夫（2009）『精神病院を捨てたイタリア捨てない日本』岩波書店
- 滝沢武久（1997）「精神医療・精神障害者福祉の思想と運動の歩み」岡上和雄監修『精神障害者の地域福祉』相川書房
- 田村健二・坪上宏・岡上和雄編（1982）『精神障害者福祉』相川書房
- 宇都宮みのり（2010）「精神病患者監護法の『監護』概念の検証」『社会福祉学』51(3)，64-77
- 宇都宮みのり（2011）「大正8年精神病院法の立法提案とその議論」『金城学院大学論集・社会科学編』8(1)，1-19
- 宇都宮みのり（2012）「精神病患者監護法の『監護』概念の検討」『社会福祉学』51(3)
- 良田かおり（2015）「保護者制度廃止と医療保護入院手続きについて」『精神保健福祉』16(1)，日本精神保健福祉士協会，17-20
- 全家連（1997）『みんなで歩けば道になる－全家連30年の歩み－』全家連

付 記

本研究は、平成26年度から28年度科学研究費補助「世帯を分けて住むことを選択した精神障害者とその家族の意識変容プロセス」基盤（C）研究課題番号：26380860 研究代表 塩満卓及び佛教大学総合研究所「脱貧困プロジェクト」による研究成果の一部である。記して感謝する。

（しおみつ たかし 社会福祉学部）